



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
UNAN**

**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA  
SALUD CIES**



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA 2009-2011.El Salvador

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS CRONICASCON OXIGENOTERAPIA  
DOMICILIAR, UNIDAD MEDICA 15 DE SEPTIEMBRE, ISSS”**

Tutor: Dr. Pablo Cuadra.  
MSc. Epidemiología

**AUTOR:**

**Cindy Lorena García Ramos. M.D**

San Salvador, El Salvador  
Noviembre de 2011

# Índice

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Resumen.....	iii

## **Contenido**

Introducción.....	1
Antecedentes.....	2
Justificación.....	3
Planteamiento del problema.....	4
Objetivos.....	5
Marco Referencial.....	6
Diseño Metodológico.....	26
Resultados.....	28
Discusión.....	31
Conclusiones.....	34
Recomendaciones.....	35
Bibliografía .....	36
Anexos.....	37
1.1    Operacionalización de las variables	
1.2    Instrumento de recolección de datos.	

## ***DEDICATORIA***

***A mis queridos pacientes del Programa OLDD de la Unidad Médica 15 de  
Septiembre. ISSS***

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Al Dr. Pablo Cuadra y Dr. Víctor Mejía:**

Tutores quienes me han ayudado mucho para la elaboración de este trabajo.

### **A mi familia:**

Por compartir conmigo este triunfo.

## RESUMEN

La OMS estima que en el 2020 la EPOC será la tercera causa de muerte en el mundo; aproximadamente un 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos como El Salvador. A demás, generalmente se diagnostica en fases avanzadas, por lo cual los pacientes con EPOC grave y con hipoxemia severa, requieren tratamientos como la oxigenoterapia domiciliaria que a largo plazo mejora la supervivencia. La EPOC es una afección progresiva e irreversible, que impacta en el bienestar de los pacientes que la padecen. El objetivo de este estudio es valorar la calidad de vida de los pacientes que reciben oxigenoterapia domiciliaria en la Unidad Medica 15 de Septiembre ubicada en San Salvador, en el Instituto salvadoreño del Seguro Social.

Se realizó un estudio descriptivo transversal con una muestra de 20 pacientes, se excluyeron pacientes con incapacidad mental severa y los descompensados de sus patologías. Se incluyeron los pacientes con diagnósticos de EPOC, bronquiectasias y asma Bronquial y además con más de 6 meses de recibir oxigenoterapia.

Los pacientes estudiados son adultos mayores el 40% ancianos frágiles, mayores de 80 años, pensionados, 11 son hombres y 9 mujeres, predominantemente con diagnostico de inclusión al Programa de OLDD con EPOC (90 %), casados que viven en una familia nuclear o extensa ambas representan un 60 %, con estudios de bachillerato o universitarios, que juntas representan un 60 %.A demás, se caracterizan por presentar múltiples patologías, las más frecuentes : Hipertensión arterial, Miocardiopatías y dislipidemias; están polimedicados, en promedio consumen 8 medicamentos recetados. Se encontró 5 casos de depresión (25 %), escasa pertenencia a grupos sociales y reciben poca ayuda de la comunidad .El 55 % con Riesgo nutricional Moderado y Alto.

Los pacientes tienen un deterioro en su funcionalidad especialmente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria (50%), lo que contribuye a la dependencia y aislamiento social y la necesidad de un cuidador, solo el 40 % tiene cuidadora.

Se aplicó el cuestionario Saint George entrevistando personalmente a 20 pacientes. La puntuación promedio del Cuestionario de Saint George fue 57.92 % las categorías de “Síntomas” 31.77 %, “Actividad” 63.05 %, e “Impacto” 22%. Los resultados del estudio demuestran que la calidad de vida relacionada con la salud está deteriorada en los pacientes con enfermedades crónicas respiratorias. La categoría de actividad fue la más afectada, por lo que disminuye su participación en actividades físicas y sociales.

## 1. Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles —padecimientos cardiovasculares, cáncer, diabetes y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica— ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe, y casi la mitad de todas las defunciones en el grupo de edad de menos de 70 años. Además de ocasionar muertes prematuras, estas enfermedades dan lugar a complicaciones y discapacidades y limitan la productividad. (1)

El Salvador, no escapa a estos cambios en el perfil de morbilidad de la población, debido al aumento gradual en la prevalencia de algunas patologías crónicas, como las enfermedades crónicas respiratorias, especialmente la Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica, relacionada a una alta incidencia de de tabaquismo en el país. El manejo de estos pacientes exige la utilización de mejores tecnologías (oxigenoterapia domiciliar), que ocasionan una mayor supervivencia a procesos hasta hace pocos años rápidamente mortales.

Por otra parte, el actual patrón demográfico que muestra un envejecimiento progresivo de la población hace esperar que en los próximos años aumente también el número de pacientes con enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes.

En los últimos años se han desarrollado cuestionarios específicos para las enfermedades pulmonares crónicas, como el cuestionario respiratorio de St. George's (SGRQ), que permiten valorar de forma estandarizada la impresión subjetiva que los pacientes tienen sobre su propia enfermedad. Una de las principales aplicaciones del (SGRQ) es la de detectar aquellos factores que más condicionan la vida diaria de los pacientes con EPOC, lo que permite incidir en determinados aspectos del tratamiento con el objetivo de mejorar su calidad de vida.

En este estudio se presentan los resultados obtenidos en el SGRQ por un grupo de pacientes con EPOC, Asma y Bronquiectasias del Programa de OLDD.

---

(1) Organización Panamericana de Salud. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, DC: OPS; 2007.

## II. Antecedentes

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social brinda una atención sanitaria continuada y domiciliaria dentro del Programa de oxigenoterapia domiciliar de larga duración (OLDD), con el objetivo de dar oxígeno y demás insumos necesarios, a los derechohabientes que padecen de hipoxemia crónica, sea esta producto de patologías pulmonares, cardíacas, neuromusculares, cáncer o de otro tipo.

El Programa de oxigenoterapia larga duración domiciliar en la Unidad Médica 15 de Septiembre del Instituto Salvadoreño del Seguro Social inició su funcionamiento en Marzo de 2007, con 30 pacientes inscritos, el servicio era dado por los conserjes y motoristas.

La primera edición de la norma se puso en marcha a partir del mes de agosto de 2003.

En marzo de 2008, se conformó el Equipo Multidisciplinario Local, con un médico coordinador, terapeuta respiratorio, enfermero y trabajadora social. Además, se comenzó a trabajar en base a la segunda edición de la Norma del Programa de Oxigenoterapia Larga Duración Domiciliar (OLDD)

El año 2009 se finalizó con 39 pacientes inscritos, se observó una media de edad de 70.27 años y un rango de edades de 18 a 96 años. Siendo hombres 20 (51 %) y mujeres 19 (49 %). Fallecieron 5 pacientes durante ese año. En el 2010 fallecieron 15 pacientes y se finalizó con 37 pacientes. Observamos una mortalidad creciente.

El número de pacientes se ha incrementado cada año; así mismo la mortalidad. Ver cuadro 1.

**Cuadro 1. Número de pacientes inscritos y defunciones, por año, en la Unidad Médica 15 de Septiembre, ISSS.**

	2007	2008	2009	2010
Total de pacientes	30	35	39	37
Número de defunciones	Pendiente	Pendiente	5	15

### **III. Justificación**

Cada día se hace más necesario tener en cuenta el punto de vista del usuario, no sólo para clínicos, sino también para investigadores y planificadores de servicios de salud. Con el objetivo que se tomen decisiones según lo que funciona o no funciona desde el punto de vista del paciente es por ello necesario conocer la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas como EPOC, Asma y Bronquiectasias para obtener información del beneficio de la oxigenoterapia domiciliar. A demás, evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite:

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo.
- Conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos
- Potenciar la comunicación médico- paciente y facilitar la rehabilitación de los pacientes.

Así también, este estudio pretende realizar un diagnóstico multidimensional, que sirva de base para la planificación de cuidados y la metodología para realizarla coincide con la evaluación geriátrica, es decir la valoración sistemática de las esferas físicas, psicológico-cognitiva, socio-familiar, y funcional. Ésta valoración permitirá la detección de diversos problemas ocultos cuya mejora puede favorecer las condiciones de vida de los enfermos con patologías crónicas.

Por lo tanto es de mucha utilidad para el equipo multidisciplinario que atiende a los pacientes del Programa OLDD conocer la calidad de vida de los pacientes.



#### **IV. Planteamiento del Problema.**

Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la situación actual de salud y la calidad de vida de los pacientes inscritos en el Programa de oxigenoterapia larga duración domiciliar de (OLDD) con diagnóstico de Enfermedades Pulmonares crónicas como: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma Bronquial de la Unidad Médica 15 de Septiembre del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)?

## **V. Objetivos:**

### **A. General:**

Medir la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma Bronquial, y Bronquiectasias inscritos en el Programa de oxigenoterapia larga duración domiciliar (OLDD) de la Unidad Médica 15 de Septiembre del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) en el mes de Febrero del 2011.

### **B. Específicos:**

1. Identificar las características socio demográficas de los pacientes inscritos en el Programa de oxigenoterapia de larga duración domiciliar.
2. Definir el estado funcional de los pacientes atendidos en el Programa OLDD por medio de la evaluación multidimensional.
3. Valorar la calidad de vida de los pacientes en tres categorías “Síntomas”, “Actividades” e “Impacto.

## **VI. Marco Referencial**

En El Salvador la paulatina reducción de la fecundidad, el incremento en la esperanza de vida al nacer y la reducción de la mortalidad conlleva a una reducción de las nuevas cohortes de población y un incremento de la proporción de personas de edad avanzada, con transformación de la composición por edad hacia una nueva condición que se conoce como “envejecimiento”

La transición demográfica en el caso de El Salvador se encuentra en una etapa inicial, y en un estado menos avanzado que el promedio de América Latina, es un proceso lento, pero el país avanza en ese proceso y es posible ver que, mientras en el año 1960 cuando se tuvo la estructura de población más joven y la población adulta mayor

(65 y más años) representaba el 2,6 por ciento de los habitantes, en el año 2010 se habría duplicado ese porcentaje. El envejecimiento se acelerará en los siguientes años, con lo cual la proporción de adultos mayores será del orden del 10 por ciento hacia el año 2040, y en no más de dos décadas la edad mediana sobrepasará los 30 años.

Los cambios en la estructura de la población, impactará en las necesidades en salud, alterando el perfil de morbilidad y mortalidad nacional, que nos muestra que la población de adultos mayores se está enfermando y muere principalmente de enfermedades crónicas degenerativas, de alto costo para cualquier sistema de salud, debido a su prolongado periodo de tratamiento, ya sea de tipo ambulatorio u hospitalario y debido al tipo de intervención en salud que necesitan.

En El Salvador de las principales causas de muerte en el año 2005, 74,0% corresponden a enfermedades no transmisibles y 25,8% a enfermedades transmisibles.

En el presente estudio se abordarán las enfermedades crónicas respiratorias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma. En el año 2005 se notificaron 522 muertes, con una tasa de 7.7 por causa de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. En 2005 se notificaron como segunda causa de egreso hospitalario la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (5 %). (2)Ver cuadro 2.

---

(2)Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Salvador transformaciones demográficas y sus implicaciones en las políticas públicas. San Salvador: UFNPA; 2010

**Cuadro 2. Número de defunciones y tasa de mortalidad para las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores por sexo, El Salvador, 2004.**

Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	Hombres	Mujeres	Total
Muertes	238	284	522
Tasa	7,2	8,3	7.7

### **Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica**

#### **Epidemiología**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye en la actualidad un problema de salud pública de primera magnitud en todo el mundo ya que además de su elevada prevalencia, ocasiona gran morbilidad, un importante impacto en la calidad de vida de los pacientes que la padecen y elevados costos sanitarios y sociales.

Según estimaciones recientes de la OMS (2007), unos 210 millones de personas sufren EPOC, y 3 millones de personas fallecieron por esa causa en 2005, lo cual representa un 5% de todas las muertes registradas ese año.

La OMS vaticina que la EPOC será la tercera causa de muerte en todo el mundo en 2020; aproximadamente un 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos. Se prevé que, en ausencia de intervenciones para reducir los riesgos, y en particular la exposición al humo del tabaco, las muertes por EPOC aumenten en más de un 30% en los próximos 10 años. (3)

Según reporta El Ministerio de Salud de El Salvador la EPOC ocupa las primeras causas de morbilidad a nivel nacional, con consecuencias sustanciales en costos directos e indirectos. Ocupó la 6ª causa de morbilidad en consulta externa del Hospital Nacional Saldaña durante el año 2000, la 1ª en morbilidad hospitalaria (egresos) en el año 2001 y la 8ª en mortalidad hospitalaria en el año 2001.

---

(3) Organización Panamericana de la Salud. Salud de las Américas. Vol II. Washington, DC: OPS; 2007

La principal causa de la EPOC es el humo del tabaco (fumadores activos y pasivos). En la actualidad, afecta casi por igual a ambos sexos, en parte debido al aumento del consumo de tabaco entre las mujeres de los países de ingresos elevados. La EPOC no es curable, pero el tratamiento puede retrasar su progresión.

### **Definición y Gravedad**

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) ha sido definida recientemente en el GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) como el "Proceso patológico que se caracteriza por una limitación del flujo aéreo que no es completamente reversible. La limitación del flujo aéreo es, por lo general, progresiva y se asocia a una respuesta inflamatoria pulmonar anormal a partículas o gases nocivos"

La obstrucción bronquial no completamente reversible se constata cuando se observa un volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1) posbroncodilatación menor del 80 % de su valor de referencia asociado a un cociente FEV1/capacidad vital forzada (FCV) menor del 70%. El parámetro que mejor refleja el grado de obstrucción es el FEV1, por tanto debe valorarse para el diagnóstico de la EPOC, medición de la severidad de la obstrucción respiratoria y evaluación de la respuesta al tratamiento (4)

La EPOC se clasifica basando en el grado de gravedad según la obstrucción al flujo aéreo en:

EPOC leve: FEV1 entre el 60 y el 80 % del valor de referencia

EPOC moderada FEV1 entre el 40 y el 59 % del valor de referencia

EPOC grave FEV1 menor del 40% del valor de referencia

### **Etiología**

La predisposición al desarrollo de la EPOC no está aún definida y es posible que existan múltiples factores que incluyan tanto a elementos ambientales como a susceptibilidad individual. Unos 10 años después de surgir los primeros síntomas suele manifestarse la disnea de esfuerzo. Las agudizaciones se hacen más frecuentes y graves al progresar la enfermedad.(5)

---

(4) Grupo de trabajo en Patología Respiratoria de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Práctica clínica de EPOC en Atención Primaria. Granada: SAMFYC

(5) Organización Mundial de la Salud.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/index.html>. Febrero 2011 (Fecha de consulta 2 de febrero 2011)

Los factores de riesgo de la EPOC son los siguientes:

- Tabaquismo
- Contaminación del aire en locales cerrados (por ejemplo a causa del combustible de biomasa usado para cocinar y como medio de calefacción)
- Contaminación del aire exterior
- Polvos y productos químicos (vapores, sustancias irritantes y gases) en el medio laboral

Según la OMS el factor de riesgo más importante en el desarrollo de la EPOC es el tabaquismo activo. Los síntomas afectan a los individuos susceptibles que han fumado unos 20 cigarrillos al día durante 20 años o más (índice: 20 paquetes-año). En las Américas el consumo de tabaco es la principal causa de muertes prevenibles. Además, el tabaquismo pasivo es también actualmente un grave problema: por año mueren unas 600.000 personas víctimas del humo de segunda mano, muchos de los cuales son mujeres y niños, según denunció la Organización Mundial de la Salud (OMS) en un reciente y amplio estudio que publicó la revista especializada *The Lancet*.

Según los datos de Ministerio de Salud Pública de la Encuesta Mundial del Tabaquismo en Jóvenes, realizada en El Salvador en el año 2003 el consumo de tabaco ha aumentado su prevalencia, dado que para el año 1992 esta era de un 20% y que para el año 2003 fue de 44%; lo cual llevó a concluir que de cada 5 jóvenes de 13 a 15 años de edad consumen tabaco habitualmente y que el 34.8% de jóvenes de esta edad han fumado cigarrillos alguna vez en su vida y el 19.4% consumen algún producto de tabaco en la actualidad. El Ministerio de Salud estima que el 42.1% de los hombres adultos fuman frente a 14.8% de mujeres.

## **Diagnostico**

El diagnostico de EPOC se basa en una historia de exposición a factores de riesgo junto a la presencia de obstrucción al flujo aéreo no completamente reversible, con o sin presencia de síntomas, los síntomas más frecuentes son: tos crónica, producción crónica de esputo y disnea progresiva. En la enfermedad leve-moderada los signos a la exploración física son poco expresivos, en cambio en los pacientes con EPOC grave sí presentan síntomas progresivos e invalidantes, pudiendo aparecer episodios de

insuficiencia respiratoria. La disnea es el síntoma mas incapacitante de la EPOC en etapas avanzadas de la enfermedad.

La confirmación del diagnostico se establece mediante la espirometría, que mide la cantidad y la velocidad del aire inspirado y espirado. Como la EPOC tiene una evolución lenta, generalmente se diagnostica en personas de 40 años o más.

## **Tratamiento**

Abandonar el hábito tabáquico debe ser la primera y más importante medida terapéutica en todos los pacientes con una EPOC. Al dejar de fumar se reduce la tos y disminuye la expectoración.

El tratamiento farmacológico en la EPOC, no detiene la progresión de la enfermedad, y va encaminado principalmente a reducir los síntomas.

Los fármacos más utilizados son los que producen broncodilatación, los agentes que disminuyen la reacción inflamatoria y los que facilitan la expectoración.

El eje central del tratamiento sintomático son los broncodilatadores y la vía inhalada es la vía de elección. En el ISSS se emplean el *salbutamol* (Agonistas beta -2 de vida media corta) y el formoterol (de vida media larga).

Los beta -2 se usan en asociación con los anticolinérgicos (*Bromuro de Ipratropio*). Al igual que el caso de los beta-2 de acción corta tampoco hay evidencias de que el tratamiento continuado con estos fármacos produzca cambios en el pronóstico a largo plazo. (6)

También se utilizan los corticoides orales e inhalados y las metilxantinas, *teofilina* por vía oral y acción retardada.

## **Asma Bronquial**

### **Definición**

Según la global initiative for asma (GINA), el asma es "la inflamación crónica de la vía aérea (bronquios) en la que desempeñan un papel destacado algunas células y mediadores (linfocitos, eosinófilos, mastocitos).

---

(6) Grupo de trabajo en Patología Respiratoria de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Práctica clínica de EPOC en Atención Primaria. Granada: SAMFYC

Este proceso se asocia a una hiperrespuesta de los bronquios que produce episodios de sibilancias, disnea (fatiga) presión torácica y tos, particularmente por la noche o de madrugada. Estos episodios se asocian generalmente con un mayor o menor grado de obstrucción al flujo aéreo a menudo reversible de forma espontánea o con tratamiento". (7)

### **Epidemiología**

GINA, estima que existen en el mundo 300,000,000 de personas con Asma, la prevalencia varía según la región del mundo, y representa el 5 % en atención ambulatoria de los adultos y 15 % de los niños la cual se está incrementando en niños y adultos jóvenes debido al aumento de sensibilidad atópica que se produce en la población urbana de los países. (8)

### **Factores de Riesgo**

- Antecedentes familiares de atopia, rinitis crónica, urticaria o eccema.
- La polución ambiental
- La falta de lactancia materna
- Tabaquismo activo y pasivo
- Niños nacidos con bajo peso
- Infecciones por Virus Sincitial Respiratorio
- Factores Genéticos.

### **Clasificación**

Según la gravedad e intensidad de los síntomas se clasifican en:

Asma leve persistente, FEV1 mayor del 80 % del valor de referencia

Asma leve intermitente FEV1 mayor del 80 % del valor de referencia

Asma moderada persistente FEV1 entre 60 y 80 % del valor de referencia

Asma grave persistente FEV1 menor del 60 % del valor de referencia

### **Diagnostico**

La clásica triada sintomática del asma consiste en tos crónica, disnea y sibilancias, que se presentan en forma simultánea y repetitiva en el tiempo. Su diagnostico es esencialmente



clínico. Se utiliza la espirometría para estimar los grados de obstrucción de la vía pulmonar.

### **Tratamiento**

La medicación de control se utiliza en la fase estable de la enfermedad, con el objetivo de prevenir y controlar los síntomas y crisis asmáticas, estos son principalmente los corticoides.

La medicación de rescate se utiliza en la fase aguda de la enfermedad, cuando aparecen los síntomas, son los beta -2 adrenérgicos, bromuro de ipratropium y las metilxantinas (aminofilina y teofilina).

Uno de los pilares del tratamiento del asma se basa en la educación del paciente.

### **Las Bronquiectasias**

Las bronquiectasias son dilataciones anormales y permanentes de los bronquios. Pueden ser focales, cuando afectan a bronquios que ventilan a una región limitada del parénquima pulmonar, o difusas, cuando tienen una distribución más amplia. Los estudios más recientes indican que en Estados Unidos existe un promedio de 110 000 pacientes con bronquiectasias. Tradicionalmente afectan a adultos mayores y ancianos y 66% de esta población es de sexo femenino.

La etiología de las bronquiectasias es diversa: post infecciosa (virus, bacterias, hongos y micobacterias), obstrucción bronquial, neumonitis inflamatoria (aspiración, reflujo gastroesofágico) e inhalación de tóxicos (drogas, gases, etc.), otras enfermedades respiratorias: asma y EPOC, inmunodeficiencias y de etiología no conocida.

### **Diagnóstico de bronquiectasias**

El cuadro clínico es muy variado. Suelen cursar con infecciones respiratorias de repetición y entre estos episodios los pacientes pueden permanecer asintomáticos o presentar expectoración crónica, que puede ser mucosa, mucopurulenta o purulenta. En la enfermedad avanzada los pacientes pueden presentar acropaquias, caquexia, signos de insuficiencia respiratoria o cor pulmonale. El diagnóstico se realiza por tomografía computarizada (TC) de alta resolución sin contraste.

## Oxigenoterapia

La oxigenoterapia consiste en la inhalación de aire enriquecido con oxígeno para fines terapéuticos. La presión arterial de oxígeno depende de la fracción de oxígeno en el aire inspirado ( $FiO_2$ ) la ventilación alveolar y la relación ventilación-perfusión. La oxigenoterapia aumenta la  $FiO_2$  e interacciona con los otros dos factores.

La insuficiencia respiratoria es la situación caracterizada por la incapacidad del aparato respiratorio de oxigenar bien la sangre o de eliminar el anhídrido carbónico producto del metabolismo celular. Puede ser el resultado de una alteración en la ventilación alveolar, o en la relación ventilación perfusión, o bien en ambas. Es un concepto gasométrico definido por la presencia de una presión parcial de oxígeno ( $PaO_2$ ) menor de 60 mmhg y/o una presión arterial de dióxido de carbono ( $PaCO_2$ ) mayor de 45 mmhg (Hipercapnia) respirando aire ambiental ala nivel del mar.

Esta situación se alcanza en su forma crónica generalmente en pacientes con EPOC avanzado, pero también en otras patologías como la fibrosis pulmonar, neumoconiosis, alteraciones restrictivas de la caja torácica, trastornos neuromusculares, etc.

La oxigenoterapia Continua Domiciliaria (OCD) es el tratamiento de elección de la insuficiencia respiratoria crónica (IRC).

La mejora en la supervivencia y la calidad de vida en los pacientes, es demostrada por dos estudios de referencia: El Nocturnal Oxygen Therapy Trial (NOTT) realizado en Estados Unidos y es llevado a cabo por el British Medical Research Council (MRC). La oxigenoterapia no mejora, sin embargo, la supervivencia de los pacientes con hipoxemias moderadas o aquellos que solo presentan desaturaciones nocturnas. Se desprende también de estos estudios que los beneficios en la supervivencia y calidad de vida solo serán estadísticamente significativos a partir de dos años de iniciado el tratamiento y siempre que se reciba oxígeno un mínimo de 15 horas, incluyendo necesariamente el periodo del sueño. (9)

En nuestro medio, disponemos de dos formas de administrar la OCD: cilindros de gas y los concentradores. Los cilindros de gas son de bajo costo, aunque requiere recambios frecuentes y la movilidad es limitada por su elevado peso.

---

(9) Grupo de trabajo en Patología Respiratoria de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Práctica clínica de EPOC en Atención Primaria. Granada: SAMFYC

Los concentradores de oxígeno son más económicos que los anteriores, permiten mayor movilidad del paciente en su domicilio que los cilindros de gas, esto es una ventaja muy apreciada para los pacientes que necesitan oxigenoterapia 24 horas al día. Los concentradores tienen el inconveniente del consumo eléctrico, el ruido, requieren revisiones periódicas y la falta de pureza en el suministro de oxígeno.

En el Instituto Salvadoreño del Seguro Social los criterios definidos para la indicación de oxigenoterapia crónica domiciliaria y luego ser incluidos en Programa OLDD se mencionan en la tabla 2.

**Tabla 2. Criterios de la Norma del Programa de Oxigenoterapia Domiciliar de Larga Duración del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) para indicación de oxigenoterapia crónica domiciliaria.**

- |  |
|--|
| <p>A. Pacientes que presenten estudios con los siguientes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>SaO<sub>2</sub> menor de 90 % en reposo</li><li>PaO<sub>2</sub> menor de 55 mm de Hg en reposo</li><li>SaO<sub>2</sub> menor de 85 % al caminar (marcha breve en superficie plana y regular).</li><li>SaO<sub>2</sub> menor de 85 % al dormir.</li></ul> <p>B. Pacientes con PO<sub>2</sub> mayor de 55 mm de Hg con disnea intensa y cor pulmonale, definido como aquel paciente que presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Poliglobulia (hematocrito mayor de 55 %)</li><li>✓ Hipertensión pulmonar</li><li>✓ Dilatación de cámaras derechas</li><li>✓ Insuficiencia tricuspídea</li><li>✓ Miocardiopatía dilatada en el reporte de ecocardiograma.</li></ul> |
|--|

El uso correcto de esta terapia proporcionará a los pacientes unos beneficios concretos que han sido comprobados en múltiples estudios llevados a cabo en las últimas décadas (10).

---

(10) Grupo de trabajo en Patología Respiratoria de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Guía de Práctica clínica de EPOC en Atención Primaria. Granada: SAMFYC

Estos beneficios son:

1. Reducción de la policitemia
2. Mejoran la tolerancia al esfuerzo
3. Mejoría de la condición neuropsicológica, la memoria
4. Mejoría de la calidad del sueño asegurando una PaO<sub>2</sub> adecuada
5. Prevención o disminución de la hipertensión pulmonar
6. Disminución del tiempo de hospitalización
7. Aumento de la supervivencia
8. Aumento el peso corporal
9. Aumento de la capacidad para el ejercicio y actividades de la vida.

En resumen, si indicamos bien la OCD, a los pacientes que realmente lo necesitan, éstos cumplen bien el tratamiento farmacológico y no fuman y utilizan el oxígeno al menos 15 h/día, se logra que los pacientes vivan más y mejor.

### **Programa de Oxigenoterapia Domiciliar de Larga duración**

La Misión del programa en la Unidad Medica 15 de Septiembre es “Bridar una atención socio sanitaria integral a los pacientes que padecen patologías asociadas a hipoxemia crónica y que están inscritos en el programa de OLDD, a través de la visita domiciliar continuada proporcionada por un equipo multidisciplinar, mejorando la calidad de vida y dándole respuesta acertada a sus necesidades y a las de sus familias y/ o cuidadores”.

El instituto Salvadoreño del Seguro Social estableció como documento normativo la *Norma del Programa de Oxigenoterapia Domiciliar de Larga duración*, con el objetivo de guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones, en la atención de pacientes que padecen patologías asociadas a hipoxemia crónica, sea esta producto de : daño pulmonar, cardiaco, neuromuscular, cáncer o de otro tipo.

La norma define la existencia de un equipo multidisciplinario central (EMC) que tiene su sede actualmente en el Consultorio de Especialidades, conformado por:

1. Directora del Consultorio de Especialidades
2. Administradora del Consultorio de Especialidades
3. Neumólogo
4. Terapeuta respiratorio

## 5. Trabajadora Social

El Neumólogo es responsable de realizar visitas a los pacientes internados en hospitales Metropolitanos antes que sea dados de alta, para hacer una evaluación clínica antes de inscribir el paciente al programa, y dar indicaciones y recomendaciones medicas necesarias según el caso; de elaborar referencia de pacientes egresados del hospital al centro de atención más cercano a su domicilio, cuando hayan sido inscritos al programa; y proporcionar atención a pacientes con hipoxemia crónica egresados de hospitales regionales, para valorar su inscripción al programa.

Según establece la norma se ha formado un equipo multidisciplinario local (EML) en las Unidades médicas y hospitales regionales. En la Unidad médica 15 de Septiembre los miembros del EML son:

1. Directora
2. Administrador
3. Jefa de farmacia
4. Medica encargada del programa
5. Terapista respiratorio
6. Trabajadora Social
7. Enfermero

### **Calidad de vida.**

En el área de la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue pionera en el desarrollo del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud, al definir Salud, ya en 1948, como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad”. De esta definición se desprende que la evaluación de la salud no puede estar limitada a los factores clínicos tradicionales basados en variables puramente biológicas.

En los años setenta, el término “calidad de vida” (CV). Aparece como un concepto multidimensional que pretende valorar el efecto que la enfermedad tiene sobre el individuo en su contexto individual, familiar y social.

En las últimas décadas se le ha dado más importancia a la percepción del paciente y su manera de afrontar la enfermedad. Es por esto, que el concepto de calidad de vida (CV) ha ido tomando un protagonismo destacable en la evaluación de los pacientes como una medida más de clasificación de su gravedad y de respuesta al tratamiento.

### **Conceptos de calidad de vida**

- La OMS (1994) define calidad de vida como la “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.
- Schumaker & Naughton (1996) definió la calidad de vida como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.
- Schwartzmann (2003) definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. Como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.
- Según Bayes (1994), la valoración de la calidad de vida se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías diferentes: físico-biológicas (síntomatología, discapacidad funcional etc.) emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad), sociales (situación laboral, recreación, etc.)

### **Calidad de vida relacionada con la salud.**

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), más utilizada en ciencias de la salud, evalúa la repercusión de la enfermedad o estado de salud, su tratamiento y otros cuidados sanitarios en la dimensión social y personal del paciente

Los primeros estudios sobre calidad de vida relacionada con la salud en los pacientes con EPOC se realizaron a principios de los años 80 para valorar los efectos de la oxigenoterapia crónica domiciliaria.

## **Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG)**

Para poder medir la calidad de vida en una forma objetiva se han desarrollado diversos instrumentos. Estos se clasifican en genéricos (los cuales evalúan distintas enfermedades crónicas), y específicos (desarrollados especialmente para evaluar una enfermedad específica). Dentro de estos últimos instrumentos el Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG), se desarrolló en 1991 para evaluar la calidad de vida en los adultos con obstrucción/ limitación crónica al flujo aéreo como en las enfermedades respiratorias crónicas, como EPOC, asma y bronquiectasias. El CRSG ha mostrado ser un instrumento válido, reproducible, y muy sensible para evaluar cambios después de una intervención terapéutica en dichos pacientes.

El Cuestionario Respiratorio Saint George tiene la característica de ser autoaplicable. El CRSG consta de 50 reactivos donde 10 son de opción múltiple y 40 de cierto o falso. Este instrumento se divide en tres categorías:

**a) Síntomas**, el cual consta de ocho reactivos y se refiere a toda la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar; entre ellos tos, producción de expectoración, disnea o sensación de ahogo o falta de aire y sibilancias, así como duración, frecuencia y severidad de estos.

**b) Actividades**, que contiene 16 preguntas de opción verdadera o falsa y se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a disnea.

**c) Impacto**, que cuenta con 26 preguntas y se refiere a otras situaciones o aspectos referentes al funcionamiento social o psicológico afectado por el o los problemas respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente. La suma de las tres categorías nos da la calificación total de calidad de vida.<sup>(11)</sup>

El CRSG se ha validado en la población de México.

---

(11)Ma. Guadalupe Aguilar Estrada. Reproducibilidad del cuestionario respiratorio Saint George en la versión al español, en pacientes mexicanos con EPOC. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. Volumen 13 - número 2. Abril - junio 2000. Págs. 85-95

Criterios para clasificar la calidad de vida por el cuestionario (CRSG)

<b>Categoría</b>	<b>Preguntas</b>	<b>Máximo Puntaje</b>
<b>Síntomas</b>	<b>Suma de respuestas positivas de la 1 a la 8</b>	<b>662.5</b>
<b>Actividades</b>	<b>Suma de respuestas positivas de la 11 y 15</b>	<b>1209.1</b>
<b>Impacto</b>	<b>suma de respuestas positivas de la 9-10, 12-14 y 16-17</b>	<b>2117.8</b>
<b>Total</b>		<b>3989.4</b>

En el Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG) cada componente del cuestionario se calcula por separado, los valores de las preguntas con una respuesta positiva se suman:

La puntuación de cada componente

La puntuación =  $100 \times \frac{\text{suma de puntos de respuestas positivas del componente}}{\text{suma de todos los puntos del cuestionario}}$

La puntuación Total

La puntuación =  $100 \times \frac{\text{suma de puntos de respuestas positivas del cuestionario}}{\text{suma de puntos de todas las preguntas del cuestionario}}$ .

A mayor puntaje peor calidad de vida del paciente evaluado.

### **Valoración Multidimensional**

Las especialidades médicas como la geriatría, los cuidados paliativos y la medicina familiar han aportado una visión global y han tenido en cuenta no solo la enfermedad física con sus complicaciones, sino además la funcionalidad, el estado cognitivo y emocional y la situación social que las sustenta. La aparición de estas especialidades ha contribuido de manera clara a cambiar el paradigma asistencial, en los países desarrollados.

En este marco, de la necesidad de comprender los problemas y de aplicar soluciones globales es de donde surgen los instrumentos de valoración multidimensional. La utilización de los instrumentos de valoración multidimensional constituye un cambio



importante no solo en la atención geriátrica sino en la atención socio sanitaria en su conjunto. (Figura N °1)

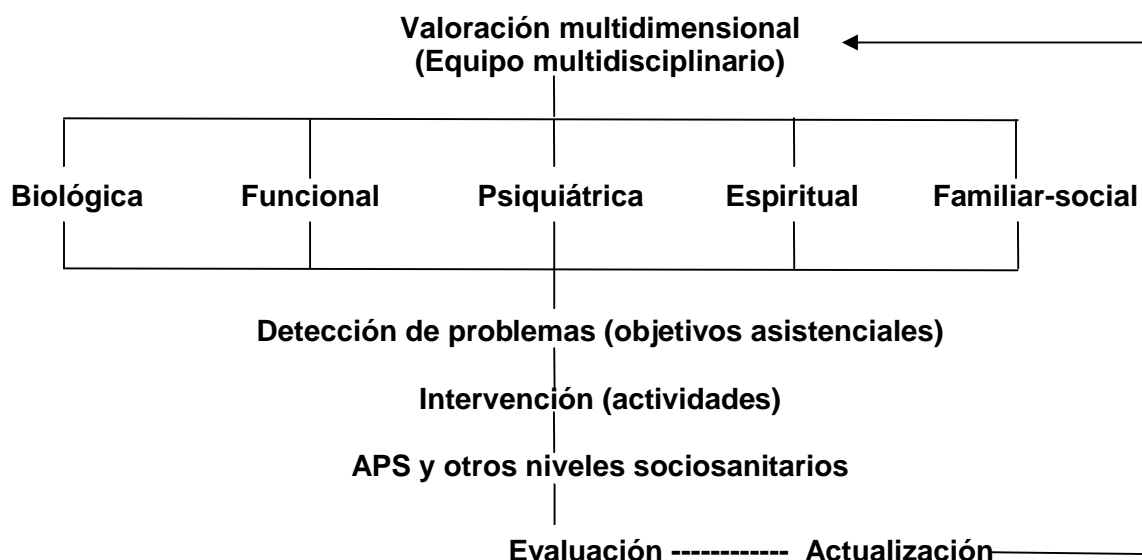


Fig. N°1. Ciclo valoración-planificación de los cuidados.  
Modificada de Benítez et al.

Los beneficios para los pacientes a quienes se les aplica la valoración multidimensional, concretamente la valoración geriátrica integral en los distintos niveles asistenciales, han sido demostrados en diversos metanálisis y múltiples ensayos clínicos. Estos se resumen a continuación:

1. Mejora la exactitud diagnóstica
2. Mejora la situación funcional y retrasa la incapacidad
3. Mejora la función cognitiva
4. Mejora la calidad de vida y el bienestar
5. Mejora el uso de fármacos, disminuyendo la polifarmacia
6. Reduce la estancia hospitalaria
7. Disminuye la institucionalización
8. Disminuye la mortalidad
9. Mayor satisfacción del usuario con la intervención
10. Disminución de costes económicos globales o beneficio coste-efectividad

Estos beneficios han sido consensuados y revisados por distintos expertos en la literatura médica y por las Sociedades Españolas de Medicina Geriátrica y de Medicina Familiar y Comunitaria, entre otras. Dichos resultados positivos se han obtenido en estudios realizados en distintos niveles asistenciales.

El enfoque de la atención a los pacientes crónicos domiciliarios debe ser centrado en la persona como un todo, es decir, considerándolo como una unidad biopsicosocial-funcional, este abordaje multidimensional es esencial especialmente por las características de estos pacientes:

- Padecen enfermedades crónicas invalidantes y en estadios terminales
- Personas de edad avanzada.
- Comorbilidad (tres o más diagnósticos de enfermedad presentes)
- Polifarmacia ( 4 ó más medicamentos )
- Con complicaciones de enfermedades crónicas.
- Agudizaciones y reingresos frecuentes
- Alta prevalencia de Discapacidad- Dependencia: incapacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria ( alimentarse, bañarse, trasladarse, vestirse, continencia y usar el inodoro )
- Aspectos emocionales negativos: temor, frustración, desesperanza y problemas psicológicos
- Deterioro Cognitivo y sensoriales.
- Alta demanda de cuidados especiales.
- Aislamiento social
- Sobrecarga del cuidador

La fragilidad puede definirse como disminución progresiva de la capacidad de reserva y adaptación de la homeostasis del organismo que se produce con el envejecimiento, está influenciada por factores genéticos y es acelerada por enfermedades crónicas y agudas, hábitos tóxicos, des- uso y condicionantes sociales y asistenciales.

La fragilidad hace al anciano vulnerable a la enfermedad, al deterioro funcional y la consiguiente dependencia en el desarrollo de actividades de la vida diaria y, en última instancia, la muerte. La valoración integral de estos pacientes permite reconocer clínicamente su fragilidad. Fig. 2. Envejecimiento- fragilidad

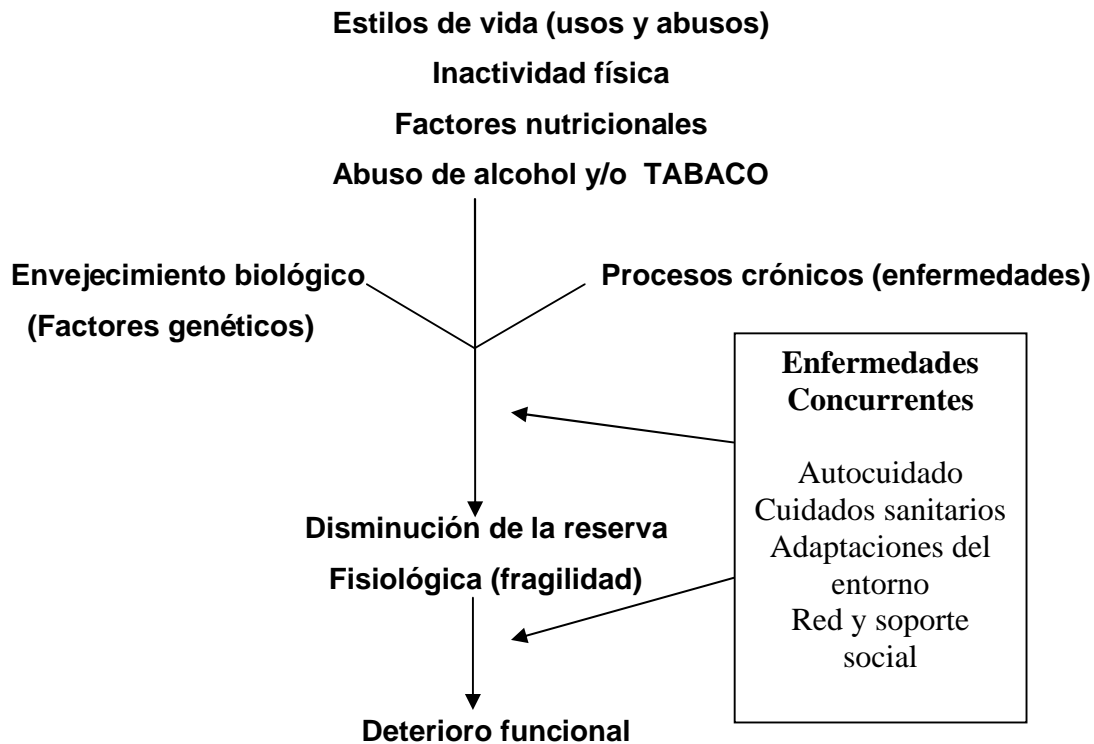


Fig. 2. Envejecimiento- fragilidad

No se tienen datos especialmente del estado y de la evolución funcional de los pacientes durante y tras la enfermedad. Esto conduce al desconocimiento de una realidad importante. Es decir, no contamos con la información que nos permitiría avanzar en la mejor dirección posible para una atención integral.

### Capacidad funcional

- La habilidad de relacionarse y adaptarse a los elementos del entorno y para desarrollar las actividades de la vida diaria. Según la OMS, la salud de anciano se mide mejor en términos de su FUNCION.
- **Discapacidad:** Restricción o impedimento para la realización de una actividad ocasionada por una deficiencia.
- **Deficiencia:** Alteración o pérdida anatómica o funcional que afecta al individuo e la actividad diaria

- **Características de Valoración funcional**

1. Reconoce la declinación funcional como expresión o signo de enfermedad subyacente.
2. Permite evaluar y objetivar el grado de independencia de los pacientes, que está relacionada con la calidad de vida y el costo asistencial.
3. Aumenta la efectividad del examen clínico, porque detecta problemas ocultos.
4. Se diagnostica el deterioro y facilita el seguimiento/ evaluación de tratamientos.
5. Se utilizan en forma sistemática escalas e instrumentos, con el propósito de objetivar deterioros o mejorías de tratamientos

### **Escalas que se utilizarán para la evaluación multidimensional**

Las escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria, que se utilizaran son:

1. Sistemáticamente a todos los mayores de 80 años que contacten con el sistema sanitario.
2. A los menores de 80 años que además reúnan uno o más de los siguientes criterios: Deterioro Funcional, Deterioro Cognitivo, Problema Social, Comorbilidad (2),y Paciente post-alta hospitalaria
3. Pacientes en estado terminal de su enfermedad sean oncológicos o no.

Se define Comorbilidad: como tres o más diagnósticos de enfermedad presentes, siempre que al menos uno de ellos sea alguno de los siguientes: Enfermedad Coronaria, Insuficiencia Cardíaca, AVC, Arteriopatía Periférica, Cáncer, Diabetes, Neumonía, Demencia, Fractura de cadera, Cirrosis.

### **Componentes de Valoración funcional**

#### **1. Esfera Física:**

**Visión:** ¿Tiene Ud. Dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista?

**Audición:** ¿Escucha al susurrarle al oído, me escucha Ud.?

**Marcha:** prueba, “levántate y anda”, solicitar al paciente:

Levántese de su silla, camine hacia delante, 3 mts., dé la vuelta, camine hacia su silla nuevamente y siéntese. Si no completa la tarea en 15 segundos es anormal la prueba.

**Actividades básicas de la vida diaria (ABVD):** Índice de KATZ modificada-Escala de actividades básicas de la vida diaria, permiten la autonomía en el medio más inmediato. Consta de seis elementos y evalúa las ABVD proporcionando un índice de Autonomía – Dependencia en un breve tiempo de administración.

Interpretación. Es importante definir el concepto de Independencia, así:

Independiente: No necesita ayuda o solo requiere ayuda para un componente evaluado.

Dependiente: persona que requiere ayuda e incluso supervisión para todos los componentes.

Grado parcial de Dependencia: Requiere asistencia para más de un componente pero puede realizar otros sin ayuda o supervisión.

**Actividades Instrumentales de la Vida diaria (AIVD):** Índice de Lawton: Escala que evalúa la autonomía de la persona en el medio comunitario. Esta indicado en adultos mayores considerados en riesgo de perder su autonomía, personas con enfermedades crónicas y que se están rehabilitándose posterior a periodo de inmovilidad.

**Mini-Tamizaje de Nutrición en la Comunidad:** es un cuestionario que consta de diez preguntas, según el puntaje se clasificarán con buen estado nutricional, con riesgo nutricional moderado y riesgo nutricional alto.

### 3. Esfera emocional

**Escala de depresión geriátrica abreviada:** la escala geriátrica de depresión de Yesavage es un cuestionario breve en que se le pide al individuo responder 15 preguntas respecto a cómo se sintió en la última semana.

### 4. Esfera Familiar y Social

**Tipo de familia:** Las familias se clasificaran con base el parentesco. El parentesco es un vínculo por consanguinidad, afinidad, adopción, matrimonio u otra relación estable de afectividad análoga a esta.

**Ciclo vital familiar:** la secuencia de estadios que atraviesa la familia desde su construcción hasta su disolución. Está constituido por etapas.

**Apgar familiar:** es un instrumento de evaluación familiar que elaborado Smilkstein en 1978. Su indicación: Cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento

como tal frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación.

Su administración: Consta de cinco preguntas que se corresponden con un área diferente de la función familiar: Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y Capacidad resolutive. Autoadministrado o administrado mediante entrevista.

**Cuidador/ a principal:** Se ha definido al cuidador como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales” (Flórez Lozano et al, 1997). Los cuidadores principales o *primarios* son los que asumen su total responsabilidad en la tarea.

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Tipo de estudio:**

Se realizó un estudio descriptivo transversal.

El trabajo de campo se inició el mes de Febrero de 2011, en la Unidad Médica 15 de Septiembre del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que cubre parte del área metropolitana de San Salvador (área urbana). Con participación de un entrevistador integrante del *Equipo Multidisciplinario Local* que realiza visitas domiciliarias a los pacientes inscritos en el “Programa de Oxigenoterapia de larga duración domiciliar”.

- **Universo:** actualmente están inscritos en el programa 36 pacientes en el Programa OLDD en la Unidad Médica 15 de Septiembre del ISSS.

- **Muestra:** Se estudiaron 20 pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión que se mencionan a continuación

- **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes con diagnósticos de EPOC, Asma y Bronquiectasias inscritos en el Programa OLDD que son visitados en sus domicilios.
2. Pacientes inscritos en el Programa OLDD con seis meses previos de inicio del estudio.

- **Criterios de exclusión:**

1. Pacientes con agudización y /o complicación de sus patologías.
2. Pacientes con enfermedades neurológicas en estadios avanzados como demencias que no puedan responder a las preguntas.
3. Pacientes que no deseen participar en el estudio.
4. Pacientes con enfermedades concomitantes graves como las oncológicas.

- **Fuente de Información:**

**Primaria:** se realizarán entrevistas a los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión en sus domicilios para la evaluación funcional y administrarles el cuestionario de Saint George.

**Secundaria:** se realizará una revisión de los expedientes clínicos que se encuentran en el archivo de la Unidad Médica 15 de Septiembre.

Las escalas y cuestionarios tomados de la Guía clínica del Adulto Mayor utilizadas en el ISSS en el Programa de atención Integral en salud del adulto mayor.

- **Técnicas e instrumentos de obtención de la información:**
- **Entrevistas** a pacientes para llenado del cuestionario, usando como instrumento el cuestionario de Saint George. La entrevista con los pacientes se mantuvo siempre en un ambiente tranquilo y relajado; previamente a la realización del cuestionario se informaba al paciente de la finalidad del mismo y se le invitaba a aclarar cualquier duda antes de iniciar el test. Se utilizó a dos entrevistadores. Se mantuvo la máxima neutralidad posible tanto a la hora de formular las preguntas como de recoger las respuestas
- **Revisión documental**, usando como instrumento la guía de revisión del expediente clínico, la guía de revisión de la Norma del adulto mayor.
- El informe final y los cuadros de salida, se hicieron en el programa Microsoft Word. Se utilizó el programa EPI\_INFO®3.5.1 para hacer la base de datos, se realizaron las tablas, y se analizaron los resultados.



## VIII. Resultados

El cuestionario fue cumplimentado por 20 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión descritos. La edad media de las personas entrevistadas fue de 75 años. La edad mínima es de 51 años y la edad máxima de 92 años. Eran 9 mujeres (45%) y 11 hombres (55 %). La media de edad en mujeres es de 68 años y en hombres es de 80 años. El 40 % de los pacientes tenían 80 años o más de edad y el 60 % tenían menos de 80 años de edad. El 33 % de las mujeres y el 45 % de los varones tenían 80 años o más. Ver anexo 1

Las características socio demográficas de los pacientes inscritos en el Programa de oxigenoterapia de larga duración domiciliar, se reflejan en el anexo 1, donde encontramos que el 90 % eran pensionados, cotizantes el 5 % y beneficiarios un 5 %. El 65 % son casados, 15 % divorciados y viudos y 5 % soltero. El 80 % eran católicos, el 15 % evangélicos y 5% no tiene ninguna religión. En relación al nivel educación el 25 % tiene estudios universitarios, Bachillerato el 25 %, técnicos el 20 %, básico el 15 % y ninguno el 5 %.

En cuanto la valoración Multidimensional de los pacientes, la Tipología familiar se encontró que la Nuclear es la más frecuente un 35 %, la Extensa un 25 %, la Nuclear simple un 15 %, la Monoparental un 5 % y la Monoparental extendida un 5 %.

Con referencia al ciclo vital familiar se encontró un 45% de los pacientes en fase de Dispersión, en Final en fase de independencia un 35 % y Final fase de disolución un 20 %.

Los diagnósticos de inclusión del Neumólogo al Programa de OLDD fueron en un 90% (18 casos) EPOC, Asma Bronquial un 5 % (1 caso) y Bronquiectasias 5 % (1 caso).

Como el 90 % de los pacientes son EPOC, se investigó los antecedentes del hábito tabáquico que refleja un 65% de ex fumadores y una paciente es tabaquista activa a pesar de estar con oxigenoterapia domiciliaria.

La anamnesis y revisión de expedientes clínicos sobre las patologías crónicas que se detectaron como las mas prevalentes hipertensión arterial (90 %), cardiomiopatía (65 %), dislipidemia (55 %), obesidad (40 %) y diabetes mellitus tipo 2 (35 %). Se observó una media de 6.65 patologías por paciente, un rango de 4 -12 y una mediana de 7. Todos los pacientes del estudio refirieron padecer de alguna enfermedad crónica. Ver anexo 2

La evaluación nutricional de los pacientes reveló que el 45 % tiene buen estado nutricional, 45 % en Riesgo nutricional 45 % y Riesgo alto 10 %.

Durante el periodo estudiado, un 20 % (4 casos) requirió al menos un ingreso hospitalario. Con respecto al uso de fármacos se observó un consumo medio de 7.85 medicamentos recetados por paciente, un rango de 6 a 11 medicamentos y una mediana de 7.

En cuanto a la valoración funcional se observó que tenían dificultad para escuchar 20 % (4 casos) y 80 % escuchaban adecuadamente al susurrarles al oído. Tenían dificultad para ver la televisión o leer un 70 % (14 casos) y un 30 % (6 casos) sin dificultad.

En la evaluación de la marcha completaron el test levántate y anda un 85 % y no completó la tarea en 15 segundos un 15%. Como la mayoría no manifestó alteración de la marcha solo el 10 % (2) de los pacientes han sufrido caídas en los seis meses previos al inicio de la investigación.

Según la escala utilizada para evaluar ABVD (Índice de Katz), un 90 % son Independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria, y 10 % son dependientes parciales o total.

Según la escala utilizada para evaluar ABVD (Índice de Lawton), un 50 % son Independientes y un 50 % dependientes parcial o total para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria.

En la valoración del estado afectivo se utilizó la escala de depresión geriatría abreviada se encontró un 75 % Normal, un 25 % con Depresión Leve.

Disponían de cuidador principal identificable 8 personas (40 %) en todos los casos era una mujer la que desempeñaba este rol.

.

Según los resultados un 75 % (15) no pertenecen a un grupo social organizado y un 25 % (5 casos) si pertenecen. Un 80 % (16 casos) no recibe ayuda de la comunidad y un 20 % (4 casos) si recibe ayuda social.

La calidad de vida evaluada a través del Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG) se obtuvo una puntuación media global de 58%. Cuanto más cercano se encuentra el puntaje obtenido al valor de referencia máximo indica peor calidad de vida

Se encontró que la dimensión de calidad de vida más afectada por la presencia de enfermedades respiratorias crónicas como EPOC, Asma bronquial y Bronquiectasia es la actividad por afectación física. Ver anexo 3

## **IX. Discusión**

Se conoce que enfermedades crónicas como la EPOC provoca una importante limitación funcional que genera graves repercusiones en todas las esferas de la vida del paciente. Existe por tanto una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes.

La insuficiencia respiratoria crónica y su tratamiento la oxigenoterapia crónica domiciliaria, constituyen dos aspectos fundamentales en la evolución del EPOC, tanto por sus implicaciones pronósticas, como por la dependencia que produce el administrar el oxígeno en sus domicilios.

La insuficiencia respiratoria crónica y su tratamiento, la oxigenoterapia crónica domiciliaria que se brinda en el Programa OLDD, constituyen dos aspectos importantes en la evolución de la EPOC, tanto por sus implicaciones pronósticas como por la dependencia que supone la administración de oxígeno crónico en el domicilio.

En la década de los ochenta, los estudios NOTT y MRC demostraron definitivamente que mejoraba la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes.

Se administraron los Cuestionarios para evaluar a los pacientes en sus domicilios.

En este estudio se trabajó con 20 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, residentes en la zona metropolitana de San Salvador con una edad media de 75 años, la mayoría de ellos adultos mayores y el 40% eran mayores de 80 años, es decir ancianos frágiles.

Fueron un mayor número de hombres (55 %) que mujeres (45 %). Las tipologías familiares más frecuentes fueron las nucleares (35 %) este último tipo de familia, conlleva la dificultad de no estar viviendo con hijos ni otros familiares que puedan cuidarlos y tener que contratar un cuidador formal y la extensa (25 %), este último tipo de familia es beneficioso por la presencia de otros familiares que puedan cuidar de ellos.

En cuanto al ciclo vital encontramos en fase de dispersión (45 %) contribuye la presencia de hijos en la familia que puedan asumir el rol de cuidadores de sus padres, en cambio en fase de independencia (35 %) los cónyuges están solos.

El diagnóstico de inclusión al Programa de OLDD predominante fue EPOC (90%), con mayor frecuencia del sexo masculino 61 % (11 casos) y del sexo femenino 39 % (7

casos). En general es claro que este hallazgo se debe a la mayor incidencia del consumo de tabaco entre los hombres 85 % y las mujeres 15 %.

Son personas con alta comorbilidad por presentan múltiples patologías concomitantes una media de 6.65 patologías por paciente y polifarmacia con un consumo medio de 7.85 medicamentos por paciente. Destaca la patología cardiovascular (Hipertensión arterial y miocardiopatía) como los antecedentes médicos mencionados en los expedientes clínicos y en las entrevistas.

EL 45 % de pacientes en Riesgo nutricional moderado es significativo lo que hace necesario evaluar en forma más completa su estado nutricional.

El déficit sensorial afecta en forma considerable a los pacientes, especialmente la visión (70 %).

Los pacientes estudiados eran mayoritariamente independientes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (90 %). Esto refleja un aparente bienestar físico, sin embargo se encontró un 50 % de pacientes con dependencia parcial o total para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, el 60 % sin cuidador y la presencia de cuadros depresivos en un 25 %, proporciona en cambio, una imagen de deterioro subyacente. La dependencia las actividades instrumentales cercana al 60% hace que se requiera un cuidador para relacionarse con el medioambiente. Las cuidadoras son todas mujeres. Cabe resaltar la escasa ayuda que reciben de la comunidad.

Nuestra descripción, desde el punto de vista clínico, funcional y de la calidad de vida ofrece un fácil abordaje de la situación de los pacientes, los cuales mayoría son ancianos. El empleo de una evaluación como la indicada, permite acceder a información relevante de la población anciana, más allá de lo que el mero juicio clínico es capaz de alcanzar, como lo confirma el hecho de la cantidad de cuadros depresivos, de deterioro visual y auditivo no diagnosticados previamente.

Con respecto a la calidad de vida evaluada utilizamos el Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG), que se divide en tres categorías que son “Síntomas”, se refiere a la sintomatología presentada debido a la patología pulmonar, “Actividades”, se refiere a las actividades que se ven limitadas debido a la disnea e “Impacto”, se refiere a aspectos referentes al funcionamiento social o psicológico afectados por el/los problemas respiratorios que pueden alterar el estilo de vida del paciente. La suma de las tres

categorías nos da la calificación total de calidad de vida. El rango puntuación va desde 0 a 100 %. Entre menor sea el puntaje, mayor es la calidad de vida y viceversa. En nuestro estudio el puntaje promedio obtenido en la valoración Global de la calidad de vida de los pacientes fue de 57.92. La categoría más afectada reportada o de mayor compromiso fue “Actividades” 63.05, “Síntomas” 31.77 e “Impacto” 22.29, en ese orden.

Estos resultados coinciden con los hallazgos encontrados en el estudio **“Calidad de vida y apoyo familiar en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas en oxigenoterapia domiciliar del Hospital Neumológico del ISSS, El Salvador, 2005.** Autor Dr. José Elmer Ramos. El puntaje global que se reportó fue de 58.5 %. La categoría más afectada también fue en primer lugar “Actividades” 74.8, y las otras dos categorías presentaron puntajes similares, “Síntomas” 50.5 e “Impacto” 51.2. En estudio del Dr. José Elmer Ramos, las categorías de “Síntomas” 50.5 e “Impacto” 51.2 representan mayor deterioro que los pacientes evaluados en el presente estudio.

## **X. Conclusiones**

1. Los pacientes estudiados son adultos mayores, ancianos frágiles (mayores de 80 años), pensionados, 11 son hombres, y 9 mujeres, predominantemente diagnosticados con EPOC, casados que viven en una familia nuclear o extensa, con estudios de bachillerato o universitarios. A demás se caracterizan por presentar pluripatologías, están poli medicados, 5 casos depresivos, escasa pertenecía a grupos sociales y reciben poca ayuda de la comunidad. Son pacientes que requieren una atención continuada especialmente domiciliaria para valoración y seguimiento sistemático de sus necesidades.
2. Los pacientes tienen un deterioro en su funcionalidad especialmente para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, catalogados como dependientes, alto deterioro visual y auditivo lo que contribuye al aislamiento social y dependencia.
3. Los resultados del estudio demuestran un importante deterioro en la calidad de vida en los pacientes con enfermedades crónicas respiratorias. Se observó que la categoría de actividad fue la más afectada, seguido de síntomas e impacto.

## **XI. Recomendaciones**

Al Instituto Salvadoreño del Seguro Social:

1. Dar continuidad a la valoración de la calidad de vida de los pacientes, formando parte de las Nomas que rigen a los Programas para valorar los tratamientos y en general los servicios que brinda la institución, a través de un monitoreo continuo que permita mantener o modificar estrategias implementadas en la atención de los pacientes.
2. Para mejorar la funcionalidad y la calidad de vida de los pacientes debiera implementarse un Programa de Rehabilitación pulmonar en cada centro de atención que lleva el Programa de OLDD. Con el objetivo de brindar un conjunto multidisciplinario de cuidados del paciente con enfermedad respiratoria crónica para mejorar y mantener al individuo en el máximo grado de independencia y funcionamiento en su comunidad”
3. Para un abordaje más integral de los pacientes se deberían realizar unir esfuerzos a nivel interinstitucional: Secretaria de Inclusión Social, Ministerio de Salud, y ONG como: FUSATE, (Fundación Salvadoreña de la tercera edad) etc.

A los familiares

1. Se recomienda un cuidador por cada paciente, por el grado de dependencia especialmente para las actividades instrumentales de la vida diaria.



## **Bibliografía**

1. Grupo de trabajo de Atención al mayor de la semFYC. "Atención a las personas mayores desde la atención primaria." España
2. Huerta J, Medicina Familiar. La familia en el proceso salud- enfermedad. México; 2005
3. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Programa Integral en Salud al Adulto(a) Mayor. El Salvador: ISSS; 2003.
4. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Norma del Programa de oxigenoterapia de larga duración domiciliar. 2ed. El Salvador : ISSS; 2008
5. Baztán J C, González J I, Medicina clínica, "Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica". 2000; 704-717:España
6. . de la Revilla L y Espinosa Almendro J.M. La atención domiciliar y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. Atención Primaria,31(9): 587-91: España ;2003
7. Gallud J; Guirao Goris J A, Secretaria Autónoma para la Agencia Valenciana de la Salud. Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria. España; 2004.
8. Benítez del Rosario M.A., Salinas Martínb A.. Martín Ortégac J.J y Martínez del Castillo L.P. La valoración multidimensional y la familia. Atención Primaria 2002. 15 de marzo. 29 (4): 237-240.España
9. Grupo de atención domiciliaria SVMFYC, Pepa A, Agullo, Mª L Altarriba Cano Instrumentos de valoración del Programa del Atención en el Domicilio. España. 2002.
10. Pérez-Castejón Garrote J M. La valoración geriátrica hoy: atención domiciliaria. Rev Mult Gerontol;15 (1):16-22.España; 2005
11. Cabarcos Cazón A. La valoración integral del enfermo en la fase terminal España.
12. Revilla F I. Sistemas de evaluación de la función familia. Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Vol I. Granada. 2001

## XII. ANEXOS

### Anexo N°1 del Objetivo 1. Datos socio demográficos

Tabla 1. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.

Distribución por sexo de los pacientes en porcentaje y el promedio.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Edad Promedio
Femenino	9	45%	68 años
Masculino	11	55%	75 años
Total	20	100%	

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

Tabla 2. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.

Distribución por edad y sexo de los pacientes en frecuencia y porcentaje.

Edad (años)	Frecuencia	Porcentaje	Mujeres	Varones
Edad < 80	12	60%	6	6
Edad > 80	8	40%	3	5
Total	20	100%	9	11

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

Tabla 3. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.

Distribución por categoría de afiliación en frecuencia y porcentaje.

Afiliación	Frecuencia	Porcentaje
Cotizante	1	5.0%
Pensionado	18	90.0%
Beneficiario	1	5.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 4. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Distribución por categoría del estado civil en frecuencia y porcentaje.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado	13	65.0%
Soltero	1	5.0%
Divorciado	3	15.0%
viudo	3	15.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 5. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Distribución por denominación religiosa en frecuencia y porcentaje.

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	16	80.0%
Evangélica	3	15.0%
Ninguna	1	5.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 6. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Distribución por categoría de nivel educativo de los pacientes en frecuencia y porcentaje

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Básico	3	15.0%
Bachillerato	5	25.0%

<b>Técnico</b>	4	20.0%
<b>Universitaria</b>	7	35.0%
<b>Ninguna</b>	1	5.0%
<b>Total</b>	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

## **Anexo N°2 del Objetivo 2.Valoración multidimensional**

**Tabla 7. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Distribución según tipo de familia en frecuencia y porcentaje**

<b>Tipología familiar</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Nuclear</b>	7	35.0%
<b>Nuclear simple</b>	3	15.0%
<b>Monoparental</b>	1	5.0%
<b>Monoparental extendida</b>	1	5.0%
<b>Extensa</b>	5	25.0%
<b>Equivalente familiar</b>	3	15.0%
<b>Total</b>	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 8. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Distribución según el ciclo vital familiar en frecuencia y porcentaje

Ciclo vital	Frecuencia	Porcentaje
Dispersión	9	45.0%
Final fase de independencia	7	35.0%
Final fase de disolución	4	20.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 9. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Distribución según función familiar en frecuencia y porcentaje

Apgar familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia Funcional	18	90.0%
Disfunción familiar Moderada	1	5.0%
Disfunción familiar alta	1	5.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 10. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Evaluación del Hábito tabáquico en frecuencia y porcentaje.

Tabaquismo	Frecuencia	Porcentaje
Ex fumador	13	65.0%
No fumó	6	30.0%
Pasivo	0	0%
Fumador activo	1	5.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 11. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Frecuencia y porcentaje de las personas ex fumadoras por sexo.

Ex fumadores	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	11	85 %
Femenino	2	15%
Total	13	100 %

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 12. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Diagnóstico de inclusión al Programa por sexo.

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje	Mujeres	Varones
EPOC	18	90.0%	7	11
Asma Bronquial	1	5.0%	1	0
Bronquiectasias	1	5.0%	1	0
Total	20	100.0%	9	

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 13. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
**Antecedentes Médicos de los pacientes en frecuencia y porcentaje**

Diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	18	90.0%
Miocardopatía	13	65.0%
Dislipidemia	11	55.0%
Obesidad	8	40.0%
Diabetes Mellitus Tipo 2	7	35.0%
Osteoartritis	6	30.0%
Hepatopatía	5	25.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 14. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
**La evaluación nutricional en frecuencia y porcentaje**

Nutrición	Frecuencia	Porcentaje
Buen estado nutricional	9	45.0%
Riesgo nutricional moderado	9	45.0%
Riesgo nutricional alto	2	10%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 15. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación del consumo de medicamentos en frecuencia y porcentaje.**

Consumo de medicamentos	Promedio	Máximo	Mínimo
Numero de medicamentos	7.85	11	6

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 16. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Frecuencia y porcentaje de Hospitalizaciones de los pacientes.**

Hospitalizaciones	Frecuencia	Porcentaje
Numero de Ingresos	2	10%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 17. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación de la audición en frecuencia y porcentaje.**

Deterioro auditivo	Frecuencia	Porcentaje
Si	4	20.0%
No	16	80.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

**Tabla 18. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación de la visión en frecuencia y porcentaje.**

Deterioro visual	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	70.0%
No	6	30.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.



**Tabla 19. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación de la marcha en frecuencia y porcentaje.**

Realiza test de la marcha	Frecuencia	Porcentaje
Si	14	70.0%
No	6	30.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

**Tabla 20. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Frecuencia y porcentaje de caídas de los pacientes**

Ha sufrido una caída	Frecuencia	Porcentaje
Si	2	10.0%
No	0	0.0%
Total	8	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

**Tabla 21. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria en frecuencia y porcentaje.**

Dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Independientes	18	90.0%
Dependientes	2	10.0%
Total	20	100.0%

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

**Tabla 22. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria en frecuencia y porcentaje.**

Dependencia	Frecuencia	Porcentaje
Independientes	10	50.0%
Dependientes	10	50.0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

**Tabla 23. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación de la depresión en frecuencia y porcentaje.**

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Normal	15	75.0%
Depresión leve	5	25.0%
Depresión severa	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

**Tabla 24. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD. Evaluación del cuidador por sexo en frecuencia y porcentaje.**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	8	40.0%
masculino	0	0.0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

**Tabla 25. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Frecuencia y porcentaje de pertenencia a algún grupo social.

Pertenencia a algún grupo social	Frecuencia	Porcentaje
Si	5	75.0%
No	15	25.0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

**Tabla 26. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Frecuencia y porcentaje sí los pacientes reciben ayuda de la comunidad.

Recibe ayuda de la comunidad	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	80.0%
No	4	20.0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD

### **Anexo N°3 del Objetivo 3.**

**Tabla 27. Calidad de vida en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas del Programa OLDD.**  
Puntaje promedio, máximo y mínimo en el cuestionario de calidad de vida de SGRQ.

Categorías	Media	Mínimo	Máximo
<b>SINTOMAS</b>	32 %	0	67
<b>ACTIVIDAD</b>	63%	35	100
<b>IMPACTO</b>	22%	3	70
<b>Total</b>	<b>58%</b>		

Fuente: Instrumento para vaciamiento de datos de la entrevista con los pacientes inscritos en el Programa OLDD.

## Anexo N°4

### Variables:

#### 1. Las características socio demográficas de los pacientes del Programa OLDD:

Variable	Definición Operacional	Valor	Escala
Edad	Tiempo en años cumplidos que el paciente refiera en la entrevista.	Edad	Cuantitativa
Sexo	Sexo del paciente	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Estado civil	Es la situación de las personas terminada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.	Casado Acompañado Viudo Divorciado soltero	Cualitativa nominal
Escolaridad	Nivel estudio del paciente	Primaria Secundaria Bachillerato Universitario	Cualitativa ordinal
Categoría de afiliación	Forma de cotización al ISSS	Cotizante Beneficiario Pensionado	cualitativa
Religión	Creencias y practicas acerca de lo considerado divino o sagrado	Católica Evangélica Adventista Testigos de Jehová	Cualitativa nominal

## 2. Esfera Familiar y social

Variable	Definición Operacional	Indicador	escala
<b>Tipología familiar</b>	Tipo de familia según su conformación	Nuclear, Nuclear simple Nuclear numerosa Monoparental Monoparental extendida Monoparental extendida compuesta Extensa Extensa compuesta Equivalente familiar No parental	Cualitativa nominal
<b>Etapas del Ciclo vital</b>	Etapas del desarrollo familiar	Constitutiva Procreativa Dispersión Final en fase de independencia Final en fase de disolución	Cualitativa nominal
<b>Tipo de Funcionamiento familiar</b>	<b>Apgar familiar</b> es el instrumento para evaluar el funcionamiento familiar	Familia funcional Disfunción familiar moderada Disfunción familiar alta	Cualitativa nominal
<b>Existencia de cuidador</b>	Persona que dedica una importante actividad diaria al cuidado de un enfermo con dependencias.	Si / no	Cualitativa nominal
<b>Sexo del Cuidador</b>	Clasificación del cuidador	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
<b>Pertenencia a un grupo social</b>	Pertenece a un grupo organizado	Si / no	Cualitativo nominal
<b>Recibe algún tipo de ayuda de su comunidad</b>	Recibe algún tipo de ayuda de su comunidad	Si / no	Cualitativo nominal

### 3. Esfera Física.

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valores
<b>Diagnostico de inclusión al programa</b>	Diagnostico/s según CEI -10 en hojas de referencia del neumólogo	Diagnostico/s según CEI -10	Cualitativa nominal
<b>Antecedentes médicos</b>	Diagnostico/s según CEI -10, escritos en el expediente clínico	Diagnostico/s según CEI -10	Cualitativa nominal
<b>Numero de medicamentos</b>	Cantidad de Medicamentos recetados que consume el paciente	Numero de medicamentos	Cuantitativa
<b>Numero de Hospitalizaciones</b>	Ingresos hospitalarios de pacientes en el último año	Numero de ingresos	Cuantitativo discreta
<b>Estado Nutricional</b>	Mini- Tamizaje de Nutrición en la Comunidad	Buen estado nutricional Riesgo nutricional moderado Riesgo nutricional alto	Cualitativa ordinal
<b>Hipoacusia</b>	Trastorno sensorial de la audición	Sin déficit Con déficit	Cualitativa nominal
<b>Alteración de la visión</b>	Trastorno sensorial de la agudeza visual	Sin déficit Con déficit	Cualitativa nominal
<b>Dependencia para las ABVD</b>	Se mide a través del Índice de KATZ modificada.	Dependiente parcial o total Independiente	Cualitativa nominal
<b>Dependencia para las ABVD</b>	Se mide a través del Índice de Lawton.	Dependiente parcial o total Independiente	Cualitativa nominal
<b>Marcha</b>	"Test levántate y anda	Alterada No alterada	Cualitativa nominal
<b>Trastorno de la movilidad</b>	cualquier trastorno de la locomoción capaz de afectar la realización de distintas actividades de la vida diaria, y que puede llegar hasta la Inmovilidad.	Deambulaci3n Encamado Dispositivos/ ayuda: silla de ruedas, andadera y bast3n	Cualitativa nominal
<b>Depresi3n</b>	Escala de depresi3n geriátrica abreviada	Normal Depresi3n leve Depresi3n Severa	Cualitativa ordinal

**ANEXO 5: Instrumento de recolección de información:  
EVALUACION FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA PROGRAMA OLDD  
UNIDAD MÉDICA 15 DE SEPTIEMBRE.**



Nº correlativo: \_\_\_\_\_

<b>I. Identificación</b>	
Fecha de elaboración _____	N# Afiliación _____
Nombre _____	
Domicilio _____	
Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad: _____
Educación: Ninguna <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/>	
Categoría de afiliación: Cotizante <input type="checkbox"/> Pensionado <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/>	
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Acompañado <input type="checkbox"/>	
Separado <input type="checkbox"/>	
Religión _____	
<b>II. Tipología familiar</b>	
Nuclear <input type="checkbox"/> Nuclear simple <input type="checkbox"/> Nuclear numerosa <input type="checkbox"/>	
Monoparental <input type="checkbox"/> Monoparental extendida <input type="checkbox"/> Monoparental extendida compuesta <input type="checkbox"/>	
Extensa <input type="checkbox"/> Extensa compuesta <input type="checkbox"/> Equivalente familiar <input type="checkbox"/> No parental <input type="checkbox"/>	
<b>2-Etapa del Ciclo vital</b> Constitutiva <input type="checkbox"/> Procreativa <input type="checkbox"/> Dispersión <input type="checkbox"/>	
Final en fase de independenciamiento <input type="checkbox"/> Final en fase de disolución <input type="checkbox"/>	

**2. Apgar familiar**

	Casi siempre (2)	Algunas veces (1)	Casi nunca (0)
¿Está satisfecho de la ayuda que recibe de su familia cuándo tiene un problema?			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma que participa con UD. En la resolución de ellos?			
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de hacer nuevas actividades o cambios en su estilo de vida?			
¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que Ud. Y su familia pasan juntos?			
TOTAL :			

Familia funcional ☐ Disfunción familiar moderada ☐ Disfunción familiar alta ☐  
(7 a 10) (4 a 6) (0 a 3)

**IV. Patologías:**

Dx. de inclusión al Programa OLDD: \_\_\_\_\_

HTA	<input type="checkbox"/>	Dislipidemia	<input type="checkbox"/>	IRC	<input type="checkbox"/>	Colitis	<input type="checkbox"/>	Depresión	<input type="checkbox"/>
DM	<input type="checkbox"/>	Hepatopatía	<input type="checkbox"/>	Artrosis	<input type="checkbox"/>	Obesidad	<input type="checkbox"/>	Ateroesclerosis	<input type="checkbox"/>
TVP	<input type="checkbox"/>	S de Parkinson	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	Demencia	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>
ICC	<input type="checkbox"/>	TEP	<input type="checkbox"/>	ACV	<input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>
HPB	<input type="checkbox"/>	Litiasis renal	<input type="checkbox"/>	Úlcera G/D	<input type="checkbox"/>	Neuropatía	<input type="checkbox"/>	Colelitiasis	<input type="checkbox"/>
Cardiomiopatía	<input type="checkbox"/>	Rinitis crónica	<input type="checkbox"/>	C a. de	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>		
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	Cataratas	<input type="checkbox"/>	Hernia del Hiato	<input type="checkbox"/>				

#### V. Hábito Tóxico: Tabaquismo

Fumador activo ☐ Ex fumador ☐ Tabaquista pasivo ☐

#### VI. Nutrición

Mini- Tamizaje de Nutrición en la Comunidad	SI
Tiene alguna enfermedad o condición que le ha hecho cambiar la clase de comida o la cantidad de alimento que come	2
Come menos de dos comidas al día	3
Come pocas frutas, vegetales o productos de leche	2
Toma tres o más bebidas de cerveza, licores o vino casi todos los días	2
Tiene problemas con los dientes o la boca que le dificultan el comer	2
No siempre tiene suficiente dinero para comprar los alimentos que necesita	4
Come a solas la mayor parte de las veces	1
Toma al día tres o más medicinas diferentes, con o sin recetas	1
Ha perdido o ganado, sin querer, 4.5 Kg. (10 lb.) en los últimos 6 meses	2
Físicamente no puede ir de compras, cocinar o alimentarse.	2

Buen estado nutricional  
(0 a 2) ☐

Riesgo nutricional moderado  
(3 a 5) ☐

Riesgo nutricional alto  
(6 ó más) ☐

#### VII. Ingresos hospitalarios en el último año

Numero de ingresos \_\_\_\_\_

#### VIII. Medicamentos

N# de medicamentos: \_\_\_\_\_

#### IX. Valoración Funcional

##### 1-Oídos

¿Escucha al susurrarle al oído, me escucha Ud.? SI ☐ No ☐

##### 2-Ojos

¿Tiene Ud. Dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? ☐ SI ☐ No

##### 4-Valoración de la marcha

“Test levántate y anda”, solicitar al paciente:



1. Levántese de su silla
2. Camine hacia delante, 3 mts.
3. Dé la vuelta, camine hacia su silla nuevamente y siéntese

Completa la tarea en 15 segundos o menos: Si ☐ No ☐

## 5-Evaluación de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) Índice de Katz

I = INDEPENDIENTE A = REQUIERE ASISTENCIA D = DEPENDIENTE

Información obtenida del :

Paciente	Informante	Actividad	Guía para evaluar
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Bañarse	I = Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda solo para levantarse alguna parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda A = Necesita ayuda para levantarse más de una parte del cuerpo, y / o recibe ayuda para entrar y salir de la bañera. D = Totalmente incapacitado para darse un baño por si mismo.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Vestirse	I = Toma la ropa y se viste completamente, o recibe exclusivamente ayuda para atarse los zapatos. A= Recibe ayuda para tomar la ropa y/o vestirse completamente. D= Totalmente incapacitado para vestirse por si mismo.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Usar el Inodoro	I= Va al inodoro, se limpia y se ajusta la ropa. A= Recibe ayuda para acceder al inodoro y limpiarse, ajustarse la ropa y / o recibe ayuda en el uso del orinal. D = Totalmente incapacitado para usar el inodoro.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Trasladarse	I = Se levanta y se acuesta, se incorpora y sienta de manera independiente ( o sin el uso de auxiliares mecánicos) A = Recibe ayuda personal o mecánica para realizar estas funciones. D =Totalmente dependiente para levantarse o acostarse, incorporarse o sentarse o ambas.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Continencia	I =Controla completamente los esfínteres de la micción y defecación. A = Incontinencia en la micción y/ o defecación, parcial o total, o necesita control parcial o total por enema, sonda o uso reglado de orinales. D =Depende totalmente de sonda o colostomía.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Alimentarse	I =Sin ayuda A =Necesita ayuda para comer o necesita ayuda solo para cortar carne o untar el pan. D =Es alimentado por sondas o vía parental.

### 6-Evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria

I= Independiente

A = Requiere asistencia

D = Dependiente

Información obtenida del:		Actividad	Guía para evaluación
Paciente	Informante		
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Capacidad para usar el Teléfono	I = Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A = Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda en marcar los números. D = Totalmente incapacitado para realizar una Llamada por teléfono por sí mismo.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Uso de medios de transporte	I = Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A = Sólo viene si lo acompaña alguien. D = No puede viajar en absoluto.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Ir de compras	I = Realiza todas las compras con independencia. A = Necesita compañía para realizar cualquier compra. D = Totalmente incapaz de ir de compras.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Preparación de la comida	I = Organiza, prepara y sirve las comidas
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Control de sus medicamentos	I = Es capaz de tomar sus medicamentos a la hora y la dosis correcta. A = Toma su medicación si alguien lo recuerda y le prepara la dosis. D = No es capaz de administrarse su medicamento.
I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	Manejo de sus asuntos económicos.	I = Maneja los asuntos económicos con Independencia. A = Realiza los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para manejar su cuenta de Banco y hacer grandes compras etc. D = Incapaz de manejar su dinero.

**7. Evaluación de Caídas hace 6 meses:**

Numero de caídas \_\_\_\_\_

**X. Valoración Afectiva**

Responda a cada una de las preguntas según como se ha sentido usted la última semana.

**Escala de depresión geriátrica abreviada**

<b>Pregunta</b>		
1. ¿Está Ud., básicamente satisfecho con su vida?	<b>si</b>	<b>NO</b>
2. ¿Ha disminuido o abandonado muchos de sus intereses o actividades previas?	<b>SI</b>	<b>no</b>
3. ¿Siente que su vida está vacía?	<b>SI</b>	<b>no</b>
4. ¿Se siente aburrido frecuentemente?	<b>SI</b>	<b>no</b>
5. ¿Está Ud. de buen ánimo la mayoría del tiempo?	<b>si</b>	<b>NO</b>
6. ¿Está preocupado o teme que algo malo le va a pasar?	<b>SI</b>	<b>no</b>
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<b>si</b>	<b>NO</b>
8. ¿Se siente con frecuencia desamparado?	<b>SI</b>	<b>si</b>
9. ¿Prefiere Ud., quedarse en casa a salir a hacer cosas nuevas?	<b>SI</b>	<b>si</b>
10. ¿Se siente Ud., que tiene más problemas con su memoria que otras personas de su edad?	<b>SI</b>	<b>si</b>
11. ¿Cree Ud. que es maravilloso estar vivo?	<b>si</b>	<b>NO</b>
12. ¿Se siente inútil o despreciable como está Ud., actualmente?	<b>SI</b>	<b>no</b>
13. ¿Se siente lleno de energía?	<b>si</b>	<b>NO</b>
14. ¿Se encuentra sin esperanza ante su situación actual?	<b>SI</b>	<b>no</b>
15. ¿Cree Ud. que las otras personas están en general, mejor que Usted	<b>SI</b>	<b>no</b>

**SUME TODAS LAS RESPUESTAS SI EN MAYÚSCULAS O NO EN MAYÚSCULAS****O SEA: SI = 1; si = 0; NO = 1; no = 0      TOTAL: \_\_\_\_\_****0-5 Normal   ☐    6-10 Depresión leve   ☐    11-15 Depresión Severa   ☐**

### **XI. valoración de recursos sociales**

1. ¿Pertenece a algún grupo organizado? Si ☐ No ☐
2. ¿Recibe ayuda de la comunidad? Si ☐ No ☐

### **XIII. Tipo de Cuidador**

Tiene cuidador: Si ☐ No ☐

Sexo: F ☐ M ☐

### **XIV-Cuestionario Respiratorio Saint George (CRSG)**

A continuación, algunas preguntas para saber cuántos problemas respiratorios ha tenido durante el último año. Por favor, marque una sola respuesta en cada pregunta.

1. Durante el último año, he tenido tos

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

2. Durante el último año, he sacado flemas

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

3. Durante el último año, he tenido falta de aire

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

4. Durante el último año, he tenido ataques de silbidos (ruidos en el pecho)

- La mayor parte de los días de la semana
- Varios días a la semana
- Unos pocos días a la semana
- Sólo cuando tuve infección en los pulmones o bronquios
- Nada en absoluto

5. Durante el último año ¿cuántos ataques por problemas respiratorios tuvo que fueran graves o muy desagradables?

- Más de tres ataques
- Tres ataques
- Dos ataques
- Un ataque
- Ningún ataque

6. ¿Cuánto le duró el peor de los ataques que tuvo por problemas respiratorios? (si no tuvo ningún ataque serio vaya directamente a la pregunta No. 7)

- Una semana o más
- De tres a seis días
- Uno o dos días
- Menos de un día

7. Durante el último año ¿cuántos días a la semana fueron buenos? (con pocos problemas respiratorios)

- Ningún día fue bueno
- De tres a seis días
- Uno o dos días fueron buenos
- Casi todos los días
- Todos los días han sido buenos

8. Si tiene silbidos en el pecho (bronquios), ¿son peores por la mañana? (si no tiene silbidos en los pulmones vaya directamente a la pregunta No. 9)

- No
- Sí

## **Parte 2. Sección 1**

9. ¿Cómo describiría usted su condición de los pulmones? Por favor, marque una sola de las siguientes frases:

- Es el problema más importante que tengo
- Me causa bastantes problemas
- Me causa pocos problemas
- No me causa ningún problema

10. Si ha tenido un trabajo con sueldo. Por favor marque una sola de las siguientes frases: (si no ha tenido un trabajo con sueldo vaya directamente a la pregunta No. 11)

- Mis problemas respiratorios me obligaron a dejar de trabajar
- Mis problemas respiratorios me dificultan mi trabajo o me obligaron a cambiar de trabajo
- Mis problemas respiratorios no afectan (o no afectaron) mi trabajo

## Sección 2

11. A continuación, algunas preguntas sobre otras actividades que normalmente le pueden hacer sentir que le falta la respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a cómo usted está actualmente:

	Cierto	Falso
Me falta la respiración estando sentado o incluso descansando.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando me lavo o me visto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar dentro de la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar alrededor de la casa, sobre un terreno plano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al subir un tramo de escaleras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al caminar de subida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración al hacer deportes o jugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sección 3

12. Algunas preguntas más sobre la tos y la falta de respiración. Por favor, marque todas las respuestas que correspondan a como está usted actualmente:

	Cierto	Falso
Me duele al toser.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso cuando toso.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la respiración cuando hablo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me falta la espiración cuando me agacho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La tos o la respiración interrumpen mi sueño.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fácilmente me agoto.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sección 4

13. A continuación, algunas preguntas sobre otras consecuencias que sus problemas respiratorios le pueden causar. Por favor, marque todas las respuestas a cómo está usted en estos días:

	Cierto	Falso
La tos o la respiración me apenan en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios son una molestia para mi familia, mis amigos o mis vecinos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Me asusto o me alarmo cuando no puedo respirar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siento que no puedo controlar mis problemas respiratorios.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No espero que mis problemas respiratorios mejoren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cierto	Falso
Por causa de mis problemas respiratorios me he convertido en una persona insegura o inválida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer ejercicio no es seguro para mí.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cualquier cosa que hago me parece que es un esfuerzo excesivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sección 5

14. A continuación, algunas preguntas sobre su medicación.

	Cierto	Falso
Mis medicamentos no me ayudan mucho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me apena usar mis medicamentos en público.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos me producen efectos desagradables.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis medicamentos afectan mucho mi vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Sección 6

15. Estas preguntas se refieren a cómo sus problemas respiratorios pueden afectar sus actividades. Por favor, marque cierto sí usted cree que una o más partes de cada frase le describen si no, marque falso:

	Cierto	Falso
Me tardo mucho tiempo para lavarme o vestirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No me puedo bañar o, me tardo mucho tiempo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camino más despacio que los demás o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tardo mucho para hacer trabajos como las tareas domésticas o, tengo que parar a descansar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para subir un tramo de escaleras, tengo que ir más despacio o parar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si corro o camino rápido, tengo que parar o ir más despacio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, caminar de subida, cargar cosas subiendo escaleras, caminar durante un buen rato arreglar un poco el jardín, bailar o jugar boliche. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, llevar cosas pesadas, caminar a unos 7 kilómetros por hora, trotar, nadar, jugar tenis, escarbar en el jardín o en el campo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mis problemas respiratorios me dificultan hacer cosas tales como, un trabajo manual muy pesado, correr, ir en bicicleta, nadar rápido o practicar deportes de competencia..... ☐ ☐

## Sección 7

16. Nos gustaría saber ahora cómo sus problemas respiratorios afectan normalmente su vida diaria. Por favor, marque cierto si aplica la frase a usted debido a sus problemas respiratorios:

	Cierto	Falso
No puedo hacer deportes o jugar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir a distraerme o divertirme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo salir de casa para ir de compras.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo hacer el trabajo de la casa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
No puedo alejarme mucho de la cama o la silla.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Podría marcar sólo una frase que usted crea que describe mejor cómo le afectan sus problemas respiratorios?

No me impiden hacer nada de lo que me gustaría hacer	<input type="checkbox"/>
Me impiden hacer una o dos cosas de las que me gustaría hacer	<input type="checkbox"/>
Me impiden hacer la mayoría de las cosas que me gustaría hacer	<input type="checkbox"/>
Me impiden hacer todo lo que me gustaría hacer	<input type="checkbox"/>